

仙台市外国人高齢者等福祉手当  
資格変更・喪失届

年 月 日

(あて先) 仙台市長

住所 \_\_\_\_\_

TEL - -

氏名 \_\_\_\_\_

受給資格者との続柄 (本人・代理人)

認定番号	第 号
受給資格者氏名	(男・女) 生年月日 年 月 日

変更届 (該当する項目にだけ、変更後の内容を記入してください)

住所変更	〒 仙台市 区		TEL -
氏名変更	フリガナ _____		<input type="checkbox"/> 公的年金受給状況変更 <input type="checkbox"/> 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 支援給付の受給 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当, 経過的福祉手当, 仙台市重度障害者福祉手当, 仙台市外国人重度障害者福祉手当の受給 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム等への措置入所
	振込口座変更 注) 名義は受給者本人のもの	銀行 信金 信組 農協 支店	
その他	口座番号	_____	<input type="checkbox"/> 開始 ( 年 月 日から ) <input type="checkbox"/> 終了 ( 年 月 日まで ) 月額 _____ 円 年金種別又は手当等名 : _____ ※ 上記の項目は、事実を証明する書類を添付してください

喪失届 (該当する項目のみ記入してください)

市外転出	転出先 [ 市・町・村・区 ] / 転出年月日 ( 年 月 日 )
受給者死亡	死亡年月日 年 月 日
※ 受給者死亡の項目は、事実を証明する書類を添付してください	